

DWC FORMULARIO-41S, Suplemento A
(RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL BENEFICIARIO)

Un beneficiario, o una persona actuando en nombre del trabajador fallecido como resultado de una lesión o enfermedad ocupacional debe completar el formulario Reclamo del beneficiario por compensación (DWC FORMULARIO-41, Suplemento A) dentro de un año a partir de la muerte del trabajador para proteger el derecho a recibir beneficios por causa de muerte.

Las secciones 408.182, 408.183 y 408.184 del Código Laboral de Texas bajo el Acta de Compensación para Trabajadores de Texas definen la distribución y duración de las indemnizaciones por causa de muerte. Las disputas acerca de quien puede ser un beneficiario y la cantidad de beneficios son procesados por la oficina local de la División que maneja el reclamo. Para mayor información del reclamo, el beneficiario o su representante puede contactar la oficina local más cercana o llamar al (800) 252-7031.

La notificación se considera reportada con la División cuando se entrega personalmente o se envía por correo a la oficina local que maneja el reclamo o a Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744. El reclamo para el pago de beneficios por gastos funerarios se debe reportar con la aseguradora.

El formulario también está disponible en Inglés/ This Form is also available in English.

(El reglamento 122.100, relacionado con los beneficios por causa de muerte y gastos funerarios, de las secciones 408.182, 408.183 y 408.184 del Código Laboral de Texas bajo el Acta de Compensación para Trabajadores de Texas)



Envíe el formulario a DWC:

Departamento de Seguros de Texas
División de Compensación para Trabajadores
7551 Metro Center Drive, Suite 100
Austin, Texas 78744



CLAIM # [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL BENEFICIARIO

Si usted es un beneficiario de un trabajador que murió en un accidente de trabajo, usted o su representante debe completar el formulario DWC FORM-41S con Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores, dentro de un año a partir de la muerte del trabajador, para que usted tenga derecho a reclamar los beneficios por causa de la muerte.
AVISO: Con algunas excepciones, usted tiene derecho por ley a saber, revisar, y corregir la información que DWC recibe en los formularios acerca de usted, llame a la sección de archivo abierto "open records" al 512-804-4437.

Sección I. Información del beneficiario

1a. Apellido		1b. Nombre		1c. Segundo Nombre		1d. Nombre Sufijo	
2. Estado Civil		3. Relación con el trabajador fallecido		4. Si la relación es de un menor, es él o ella estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		5. Si su reclamo se basa en dependencia, cual es la cantidad mensual de contribución?	
6. Fecha de nacimiento (mes/día/año)		7. Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino		8a. Número de Seguro Social		8b1. Licencia de conducir/Identificación	
8b2. Origen de la licencia		8c. Número de la Tarjeta Verde		8d1. Identificación de extranjería		8d2. País de la identificación de extranjería	
9. Correo electrónico							
10a. Dirección Línea 1				10b. Dirección Línea 2			
10c. Ciudad/Pueblo		10d. Estado		10e. Código Postal		10f. Condado	
10g. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)				10h. País			
11a. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular		11b. Código telefónico del País (no USA)		11c. Código de área (USA)		11d. Número de teléfono	
						11e. Extensión de teléfono	

Sección II. Información del cónyuge

12. Estaban viviendo juntos el trabajador fallecido y su cónyuge durante el año anterior de su muerte? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		13. Si no vivían juntos el trabajador y su cónyuge estaban divorciados o separados? <input type="radio"/> Separado <input type="radio"/> Divorciado		14. Si estaban separados, cuanto tiempo llevaban el trabajador y su cónyuge separados (meses)? [] [] []		15. Hubo hijos del matrimonio? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No	
16. Si es una viuda, espera un hijo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		17. Estaba el cónyuge <input type="radio"/> viviendo en un hogar para ancianos <input type="radio"/> viviendo aparte esperando el divorcio <input type="radio"/> hospitalizado <input type="radio"/> viviendo aparte por su profesión o por servicio militar					

Sección III. Matrimonios Anteriores del trabajador fallecido

18a1. Apellido		18a2. Nombre		18a3. Segundo Nombre		18a4. Nombre Sufijo	
19a1. Dirección Línea 1				19a2. Dirección Línea 2			
19a3. Ciudad/Pueblo		19a4. Estado		19a5. Código Postal		19a6. Condado	
19a7. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)				19a8. País			
Sólo uno de los siguientes, Fecha de Divorcio o Fecha de Fallecimiento, se requiere		20a. Fecha de divorcio (mes/día/año)		21a. Fecha de defunción, si existe alguna (mes/día/año)			
18b1. Apellido		18b2. Nombre		18b3. Segundo Nombre		18b4. Nombre Sufijo	
19b1. Dirección Línea 1				19b2. Dirección Línea 2			
19b3. Ciudad/Pueblo		19b4. Estado		19b5. Código Postal		19b6. Condado	
19b7. Estado/Provincia/Región (únicamente si no es en USA)				19b8. País			
Sólo uno de los siguientes, Fecha de divorcio o Fecha de fallecimiento, se requiere		20b. Fecha de divorcio (mes/día/año)		21b. Fecha de defunción, si existe alguna (mes/día/año)			



RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL BENEFICIARIO
Continua

CLAIM #

Sección VI. Beneficiarios adicionales - Continuación

38b1. Apellido				38b2. Nombre				38b3. Segundo Nombre				38b4. Nombre Sufijo			
39b. Estado Civil		40b. Relación con el trabajador fallecido		41b. Si la relación es de un menor, es él o ella estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		42b. Si su reclamo se basa en dependencia, cual es la cantidad mensual de contribución?		43b. Fecha de nacimiento (mes/día/año)				44b. Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino			
45b. Número de Seguro Social								45b1. Licencia de conducir/Identificación				45b2. Origen de la licencia			
45b3. Número de la Tarjeta Verde								45b4. Identificación de extranjería				45b5. País de la identificación de extranjería			
46b1. Dirección Línea 1								46b2. Dirección Línea 2							
46b3. Ciudad/Pueblo				46b4. Estado		46b5. Código Postal				46b6. Condado					
46b7. Estado/Provincia/Region (únicamente si no es en USA)								46b8. País							
47b1. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular				47b2. Código telefonico del País (no en USA)		47b3. Código de área (USA)		47b4. Número de teléfono				47b5. Extensión de teléfono			
38c1. Apellido				38c2. Nombre				38c3. Segundo Nombre				38c4. Nombre Sufijo			
39c. Estado Civil		40c. Relación con el trabajador fallecido		41c. Si la relación es de un menor, es él o ella estudiante de tiempo completo? <input type="radio"/> Si <input type="radio"/> No		42c. Si su reclamo se basa en dependencia, cual es la cantidad mensual de contribución?		43c. Fecha de nacimiento (mes/día/año)				44c. Sexo <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino			
45c. Número de Seguro Social								45c1. Licencia de conducir/Identificación				45c2. Origen de la licencia			
45c3. Número de la Tarjeta Verde								45c4. Identificación de extranjería				45c5. País de la identificación de extranjería			
46c1. Dirección Línea 1								46c2. Dirección Línea 2							
46c3. Ciudad/Pueblo				46c4. Estado		46c5. Código Postal				46c6. Condado					
46c7. Estado/Provincia/Region (únicamente si no es en USA)								46c8. País							
47c1. De donde es el teléfono <input type="radio"/> La residencia <input type="radio"/> Oficina <input type="radio"/> Celular				47c2. Código telefonico del País (no en USA)		47c3. Código de área (USA)		47c4. Número de teléfono				47c5. Extensión de teléfono			

Cada persona debe reportar un reclamo por separado para los beneficios por causa de muerte, a menos que sea expresado explícitamente en el reclamo o sea diligenciado en nombre de otra persona.

Firma del Beneficiario _____

Fecha _____

Firma del testigo _____

Fecha _____

(Únicamente cuando se firma con una X)



**INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL RECLAMO DE COMPENSACIÓN DEL BENEFICIARIO
(DWC FORM-41S, Suplemento A)**

Instrucciones especiales para completar algunas casillas

Aviso sobre la dirección y el teléfono internacional: DWC FORM-41 ahora contiene casillas que permiten al trabajador lesionado o al beneficiario proveer información dirección y teléfono de los contactos en otros países que no sean USA.

Sección I.

Casilla 2 Estado Civil:
D - Divorciado M - Casado S - Separado L - Soltero W – Viudo

Casilla 3 ¿Cuál era la relación entre usted y el trabajador fallecido?
C - Hijo G - Abuelo GC - Nieto CS - Conyuge en union libre
P - Padre SP - Padrastro S - Esposo SB - Hermano
SC – Hijastro

Casilla 8a - 8d2 Suministre el número del seguro social del trabajador lesionado o fallecido. Si no tiene un número de seguro social, suministre el número de la licencia de conducir, el número de la tarjeta verde o el número de identificación de extranjería. Si el número de la licencia de conducir es suministrado, la jurisdicción o el estado que la emitió debe ser también suministrado. Si el número de identificación de extranjería es suministrado, el país que la emitió debe ser también suministrado. Sólo un número de identificación se requiere.

Casilla 10g y 10h Si su dirección es de un país diferente a USA, Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

Casilla 11a - 11d Si usted no tiene teléfono de residencia, por favor proporcione un número donde pueda ser localizado. Si usted reside en un país diferente a USA, proporcione también el Código Telefónico del país para acomodar los requisitos telefónicos internacionales.

Sección III. (Espacio suministrado para 2 matrimonios anteriores)

Casilla 19a7 y 19a8 Si la dirección del matrimonio anterior es de un país diferente a USA, el Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

Casilla 19b7 y 19b8 Si la dirección del matrimonio anterior es de un país diferente a USA, el Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

Sección IV. (Espacio suministrado para 3 hijos)

Casilla 23a7 y 23a8 Si la dirección del hijo menor es de un país diferente a USA, el Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

Casilla 28a1 - 28a6 Suministre el número del seguro social del menor. Si no tiene un número de seguro social, suministre el número de la licencia de conducir, el número de la tarjeta verde o el número de identificación de extranjería. Si el número de la licencia de conducir es suministrado, la jurisdicción o el estado que la emitió debe ser también suministrado. Si el número de identificación de extranjería es suministrado, el país que la emitió debe ser también suministrado. Sólo un número de identificación se requiere.

Casilla 30a7 y 30a8 Si la dirección del guardián es de un país diferente a USA, el Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

Sección VI (Espacio suministrado para tres beneficiarios adicionales)

Casilla 40a ¿Cuál era la relación entre el beneficiario y el trabajador fallecido?
C - Hijo G - Abuelo GC - Nieto CS - Conyuge en union libre
P - Padre SP - Padrastro S - Esposo SB - Hermano
SC – Hijastro

Casilla 45a - 45a5 Suministre el número del seguro social del beneficiario. Si no tiene un número de seguro social, suministre el número de la licencia de conducir, el número de la tarjeta verde o el número de identificación de extranjería. Si el número de la licencia de conducir es suministrado, la jurisdicción o el estado que la emitió debe ser también suministrado. Si el número de identificación de extranjería es suministrado, el país que la emitió debe ser también suministrado. Sólo un número de identificación se requiere.

Casilla 46a7 y 46a8 Si la dirección del beneficiario es de un país diferente a USA, el Estado/Provincia/Región (si aplica) y el País se utilizan para acomodar los requisitos internacionales de la dirección.

